Lane Medical Library

Fahrlässigkeit, bedingt durch Nichtanfertigung von Röntgenaufnahmen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde

verfaßt und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Gerhard Becker

aus Bielefeld.

Würzburg 1936

Buchdruckerei Richard Mayr

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät.

Referent: Prof. Dr. Hoffmeister

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153518_0012

Einführung.

In den letzten Jahrzehnten hat genialer Erfindergeist der Medizin viele neue Mittel und Methoden an die Hand gegeben, um Krankheiten zu erkennen und dadurch dem Arzt neue Möglichkeiten eröffnet, im Kampf gegen den Tod einen Schritt weiter zu kommen. Das wichtigste diagnostische Hilfsmittel, das uns in der Neuzeit sowohl für die Medizin als auch vor allem für die Zahnheilkunde beschert wurde, ist ohne Zweifel die Röntgenaufnahme. Als Röntgen in Würzburg 1896 zum ersten Male diese neuen Strahlen gezeigt hatte, suchten sofort die verschiedensten Wissensgebiete dieselben sich dienstbar zu machen. Das Verdienst, als erster ihre Bedeutung für die Zahnheilkunde geahnt zu haben, gebührt Professor Walkhoff-München, der die erste Zahnaufnahme von Physikprofessor Giesel in Braunschweig 1896 an sich selbst machen ließ. Zu erhöhter Bedeutung gelangte die Röntgenaufnahme im Krieg. Man bediente sich ihrer in ausgedehntem Maße, um die Art der Schußverletzungen, den Erfolg der Operationen und den Verlauf der Heilung festzustellen. In der Nachkriegszeit bis heute wurde an der Vervollkommnung dieses Wissenszweiges lebhaft weiter gearbeitet. Dazu kam der entscheidende Fortschritt in der technischen Verbesserung der Apparaturen. Die Tatsache, daß heute täglich Tausende von Röntgenaufnahmen, und zwar in der laufenden Praxis, gemacht werden, belegt zur Genüge das Röntgenbedürfnis des Arztes und des Zahnarztes. Wie weit nun dieses Röntgenbedürfnis in vielen Fällen zur Röntgenpflicht wurde und das Unterlassen von Röntgenaufnahmen heute forensische Bedeutung erlangt hat, will ich versuchen, in der folgenden Abhandlung darzulegen.

Begriff der Fahrlässigkeit.

Die Fälle, in denen ein Arzt durch unsachgemäße Behandlung einen Kranken vorsätzlich tötet oder körperlich verletzt und sich damit strafrechtlich verantwortlich macht, sind selten. Umso häufiger wird der Arzt — abgesehen von der zivilrechtlichen Schadensersatzklage — strafrechtlich zur Verantwortung gezogen unter der Anschuldigung, er habe fahrlässig den Tod oder eine Körperverletzung eines von ihm behandelten Kranken verschuldet. Diese Frage bedarf daher näherer Erörterung.

Der Begriff der strafrechtlichen Fahrlässigkeit weicht von dem der zivilrechtlichen mehrfach ab. Das BGB. bezeichnet in § 276 als zivilrechtliche Fahrlässigkeit das Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt. Das StGB. enthält keine Begriffsbestimmung der Fahrlässigkeit. Man wird sie dahin geben können: „Fahrlässig im strafrechtlichen Sinne handelt, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist und infolgedessen entweder nicht voraussieht, daß sich der Tatbestand der in Frage kommenden strafbaren Handlung verwirklichen kann, oder, obwohl er dies für möglich hält, darauf vertraut, daß es nicht geschehen werde. Im ersten Falle liegt unbewußte, im zweiten bewußt Fahrlässigkeit vor."

Der Unterschied gegenüber der zivilrechtlichen Fahrlässigkeit liegt darin, daß bei der strafrechtlichen nicht der objektive Maßstab anzulegen, daß nicht nur auszugehen ist vom Durchschnittsmaß des ordentlichen Berufsgenossen, daß vielmehr neben den Umständen des Falles die persönlichen Verhältnisse des Handelnden zu berücksichtigen sind, daß gefragt werden muß, welches Maß von Sorgfalt konnte von dem Handelnden nicht nur nach den Umständen des Falles, sondern auch nach seinen persönlichen Verhältnissen gefordert werden. Diese stärkere Betonung der persönlichen Verhältnisse birgt eine gewisse Gefahr in sich; sie darf nicht dahin führen, daß sich der Täter etwa durch Berufung auf mangelnde Kenntnisse und Fähigkeiten straffrei machen kann. Das würde dem Pfuschertum Tür und Tor öffnen. Jeder Pfuscher würde mit dem Einwand kommen, er habe alles getan, was er nach seinen Fähigkeiten und seiner Vorbildung habe tun können, habe also nicht fahrlässig gehandelt. Die Rechtsprechung hat einen derartigen Einwand wiederholt gelten lassen; ganz mit Unrecht. Man geht jetzt überwiegend davon aus, daß in solchen Fällen eine Fahrlässigkeit schon darin liegt, daß der Täter eine Behandlung übernimmt, die durchzuführen er, wie er sich bei pflichtmäßiger Sorgfalt sagen muß, nicht in der Lage ist. Nur mit dieser Einschränkung ist es zu verstehen, wenn es im RGSt. 12 318 heißt, der Strafrichter habe bei

Beurteilung des Maßes der vom Täter zu verlangenden Aufmerksamkeit den Grad der Urteilsfähigkeit und Einsicht des Täters in Betracht zu ziehen.

Die Verantwortlichkeit des Arztes und Zahnarztes.

Die Haftung des Arztes bezw. Zahnarztes ist eine doppelte, eine zivilrechtliche und eine strafrechtliche. Betrachten wir zunächst die zivilrechtliche Haftung, und zwar die zivilrechtliche Haftung des Arztes für seine eigene Tätigkeit. Die Quelle dieser Haftung ist Vertrag und Geschäftsführung ohne Auftrag. Hinzu kommt noch die unerlaubte Handlung gemäß §§ 823 ff. BGB. „Aus dem Vertrage haftet der Arzt, wenn er schuldhafterweise den Kranken nicht sachgemäß behandelt. Von schuldhafter, unsachgemäßer Behandlung kann nur die Rede sein, wenn der Arzt vorsätzlich oder fahrlässig gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft handelt, also einen Kunstfehler im engeren Sinne begeht, oder sonst etwas in Diagnose oder Behandlung falsch macht." Eine große Rolle spielt die Fahrlässigkeit. Das BGB. bezeichnet im § 276 als Fahrlässigkeit das Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt — wie schon oben näher ausgeführt wurde.

Das Maß von Sorgfalt, welches das Gesetz für nötig erachtet, legt das BGB. dahin aus, daß hierfür die herrschenden Verkehrsanschauungen maßgebend seien. Ebermayer gibt über die objektive Beurteilung des Maßes der Sorgfalt erschöpfende Auskunft. Er sagt: „Bei der Frage, wie sich das Maß der vom Arzt zu verlangenden Sorgfalt bestimmt, ist ein objektiver Maßstab zugrunde zu legen. Es ist auszugehen von dem Durchschnittsmaßstab des ordentlichen Berufsgenossen; man muß fragen: Was hätte ein ordentlicher Arzt in diesem Falle getan oder tun müssen oder nicht hätte tun dürfen? Dabei sind die einzelnen Umstände des Falles genau zu berücksichtigen, und der Landarzt, der unter den schwierigsten äußeren Verhältnissen arbeitet, ist ganz anders zu beurteilen, als der unter den günstigsten Umständen und mit den besten Hilfsmitteln arbeitende Kliniker. Verfehlt wäre es auch, wollte der Richter dem Erfolge zu viel Gewicht beilegen, er muß sich in die Lage versetzen, in der der Arzt zur Zeit der Handlung sich befand, und darf dabei nicht vergessen, was ein Urteil des dritten Zivilsenats des RG. vom 1. 3. 1912 sagt: „Auch der geschickteste Arzt arbeitet nicht mit der Sicherheit einer Maschine; trotz aller Fähigkeit und Sorgfalt kann etwas mißlingen, das sonst regelmäßig auch dem betreffenden Arzte selbst gelingt." Persönliche Eigenschaften des Arztes sind bei der zivilrechtlichen Fahrlässigkeit im Gegensatz zur strafrechtlichen im allgemeinen nicht zu berücksichtigen, jedenfalls nicht

solche, in denen der betreffende Arzt gerade von dem Normaltypus des ordentlichen Durchschnittsarztes abweicht. Jugend, mangelnde Übung, durch hohes Alter geminderte Fähigkeit werden hier nicht berücksichtigt. Anders dann, wenn es sich um durch besondere Umstände hervorgerufene vorübergehende Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit handelt." Wenn der Arzt bezw. Zahnarzt einen Kunstfehler begeht, so macht er sich zivilrechtlich haftbar, d. h. der geschädigte Patient kann Ersatz des ihm durch die falsche Behandlung entstandenen Schadens verlangen. Der Arzt macht sich aber auch strafrechtlich verantwortlich. Daß der Arzt den Kranken vorsätzlich falsch behandelt, wird nur selten vorkommen; wo es geschieht, „begeht der Arzt eine vorsätzliche einfache, gefährliche oder schwere Körperverletzung (StrGB. §§ 223 ff.), oder, wenn sein Wille auf Tötung geht, einen Mord oder Totschlag (StrGB. §§ 211/212)". Die Hauptzahl der Fälle strafrechtlicher Verantwortlichkeit des Arztes liegt auf dem Gebiete der Fahrlässigkeit. „Fahrlässig handelt der Arzt, wenn er die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist und infolgedessen nicht voraussieht, daß sich der Tatbestand einer Körperverletzung verwirklichen könne, oder, obwohl er dies für möglich hält, darauf vertraut, daß es nicht geschehen werde". (Unbewußte und bewußte Fahrlässigkeit). Es werden hier also auch die subjektiven Verhältnisse des Arztes berücksichtigt. Verursacht er durch ein derartiges, bewußtes Verhalten die voraussehbare Körperverletzung oder den voraussehbaren Tod des Kranken, so macht er sich der fahrlässigen Körperverletzung (230, Abs. 1 und 2 StrGB.) oder der fahrlässigen Tötung (§ 222, Abs. 1 und 2 StrGB.) schuldig. Dabei ist nicht erforderlich, daß seine Fahrlässigkeit die alleinige Ursache der eingetretenen, nachteiligen Folge war, es genügt, daß sie eine der mehreren, nicht wegzudenkenden Ursachen des Erfolges gewesen ist, mögen auch noch andere Ursachen zur Herbeiführung dieses Erfolges nötig gewesen sein und mitgewirkt haben, z. B. die besondere körperliche Beschaffenheit oder ein begleitendes fahrlässiges Verhalten des Kranken oder auch andere äußere Umstände, sofern sie nur im Rahmen der täglichen Erfahrung liegen."

Da der Arzt zu der Aufmerksamkeit, die er nicht anwandte, vermöge seines Gewerbes besonders verpflichtet war, trifft ihn im Falle sowohl der Körperverletzung als der Tötung die strengere Strafe des Absatzes 2 der §§ 230, 222 StrGB.; im ersten Falle Gefängnis bis zu 3 Jahren, im zweiten Gefängnis bis zu 5 Jahren. Es dürfte in vielen Fällen schwierig sein, die richtige Behandlung zu treffen und der Arzt darf sich niemals allein nach den Angaben des Patienten richten, sondern muß alle ihm zur Verfügung stehenden Hilfsmittel zur Stellung einer richtigen Diagnose anwenden und

dann objektiv seine Maßnahmen treffen; denn der Klient wird, trotzdem er selbst die Angaben machte, bei einem Mißgriff des behandelnden Arztes diesen mit Erfolg auf Schadenersatz verklagen können. Die Einwilligung des Kranken kommt hier noch weniger als bei der zivilrechtlichen Einwilligung in Betracht. Sie geht in der Regel nur auf sachgemäßes Handeln und verliert damit ihre Bedeutung in dem Augenblick, in dem der Arzt nicht sachgemäß vorgeht.

Grade der Fahrlässigkeit kennt das Strafgesetz nicht; das mehr oder minder große Verschulden muß bei der Strafzumessung berücksichtigt werden.

Fahrlässigkeit durch Nichtanfertigung von Röntgenaufnahmen in der Zahnheilkunde.

Wohl selten stoßen sich Theorie und Praxis so hart im Raume wie bei diesem Thema, zumal gegen die Berechtigung beider nicht das geringste zu sagen ist. Die Notwendigkeit, daß ein sorgfältiger Zahnarzt vor größeren Brückenarbeiten, bei Retentionen, Operationen, bei gewissen Anomalien der Zahnzahl, der Zahnform, der Zahnstellung, bei vielen Frakturen, Verdacht auf Tumoren, auf größere entzündliche Krankheitsherde die Kontrolle des Röntgenbildes in Anspruch nimmt, ist ebenso erwiesen wie die Tatsache, daß die Zahnärzte in kleineren Städten die genaue Durchführung dieser „Röntgenpflicht" aus mancherlei Gründen nicht einhalten können. Man hat die Sache erwogen von seiten eines Röntgenologen, eines Dozenten, einer zahnärztlichen Behörde, alle drei Standpunkte mit verschiedenen Ergebnissen. Es folgt daraus, daß wir kein starres Schema aufstellen können, in welchen Fällen der Zahnarzt von einer Röntgenaufnahme nicht absehen darf ohne Besorgnis einer gerichtlichen Verurteilung. Wir haben es mit dem Lebenden zu tun, und das Leben selbst sorgt schon dafür, daß nicht alles auf einige wenige Schablonen paßt.

Im folgenden will ich mich vorerst allein auf die fachwissenschaftliche Behandlung der oben gestellten Aufgabe beschränken; ihre Unterstellung unter den Begriff des Kunstfehlers soll unserem Thema lediglich eine schärfere Beleuchtung geben.

Die Tatsache, daß heute täglich Tausende von Röntgenaufnahmen in der laufenden Praxis gemacht werden, belegt zur Genüge das Röntgenbedürfnis des Zahnarztes. Abgesehen von den akuten Entzündungserscheinungen im Pulpencavum, für die das Röntgenbild ohne Bedeutung bleiben wird, gibt es kein Gebiet klinischer Beobachtung, in dem die Röntgenaufnahme nicht der sicherste Füh-

rer wäre, sowohl als therapeutische Röntgenkontrolle wie ergänzendes Hilfsmittel der Diagnosestellung.

Aber das Bedürfnis ist noch nicht gleichzusetzen mit der Notwendigkeit einer Röntgenaufnahme; denn diese bedeutet unter bestimmten Voraussetzungen die Verpflichtung zur Anfertigung einer Röntgendurchleuchtung. Erst wenn die Verpflichtung wissenschaftlich anerkannt ist, kann die Unterlassung einer Röntgenaufnahme im Falle gerichtlicher Auseinandersetzung als etwaiger Kunstfehler überhaupt zur Sprache gestellt werden.

Unsere Frage muß also lauten: Für welche Fälle der zahnärztlichen Praxis besteht eine Verpflichtung zur Anfertigung einer Röntgenaufnahme? Eine Antwort hierauf läßt sich nur geben in Anlehnung an bestimmte therapeutische Grundtatsachen. Der Gegenstand klägerischer Beanstandung ist doch stets eine nach Ansicht des Patienten falsche Behandlung von seiten des Zahnarztes. Die Unterlassung der Röntgenuntersuchung kann also nur soweit dem Zahnarzt zum Vorwurf gemacht werden, als sich der Nachweis für eine entscheidende Beeinflussung des therapeutischen Vorgehens durch den Röntgenbefund in gleichliegenden Fällen als wissenschaftlich anerkannte Tatsache erbringen läßt. Wir haben demnach zu prüfen, ob und wann im Gesamtbereich zahnärztlicher Behandlung diese Notwendigkeit der Röntgenaufnahme gegeben ist.

Das Hauptindikationsgebiet zahnärztlicher Röntgenaufnahmen stellt fraglos die periapicale Herd-Ostitis. Niemand wird behaupten wollen, daß das, was wir Wurzelbehandlung nennen — Kanaldesinfektion und Apexabschluß — eine wirkliche Lösung des Problems im Sinne einer Wundversorgung bedeutet. Deshalb rechnet jeder Prakitker von vornherein mit der Möglichkeit akuter Reizerscheinungen und sucht im Röntgenbilde irgendwelche ihm weiterhelfende Fingerzeige. Kann ihm diese das Röntgenbild in solchem Umfange bieten, daß die häufige Inanspruchnahme der Röntgenuntersuchung eine Notwendigkeit bezw. Verpflichtung wird? Wir müssen das zunächst verneinen — solange wenigstens, als es sich um periapicale Herde von ungenauer Röntgenstruktur — um sogen. Granulome — handelt.

Denken wir zunächst an die putride Infektion eines unbehandelten Wurzelkanals. Diese auf der Geruchswahrnehmung beruhende Diagnose ist, wofern der faulige Zustand auch die regio ramificatoria beherrscht, fast stets gleichbedeutend mit der einer periapicalen Herdostitis. Die klinische Übersicht über den Infektionszustand des Kanals macht also die Röntgenuntersuchung überflüssig. Weiter ist die operative Behandlung periapicaler Entzündungserscheinungen indifferenter Natur keineswegs die Behandlung der Wahl. Wo also der chirurgische Eingriff nicht etwa grundsätzlich von einem Kollegen zur Anwendung gebracht wird, tritt die konser-

vierende Wurzelbehandlung nach wissenschaftlichem Gesetz in ihr volles Recht. Die röntgenologische Bestätigung des bereits klinisch berechtigten Verdachtes eines Granuloms beeinflußt den Heilplan in keiner Weise.

Das Gleiche trifft auch für bereits vorbehandelte Zähne bezw. Wurzeln zu. Zunächst wird sich anatomisch nicht immer feststellen lassen, ob die Erstbehandlung eine bereits damals bestehende putride Infektion oder ob sie eine Wurzelfüllung nach Arsenätzung betraf. Im ersten Falle würde uns der bakteriendichte Apexabschluß eine gewisse Gewähr für die anatomische Ausheilung des Resorptionsherdes bieten. Diese Methoden sind aber heute noch so wenig Gemeingut der Zahnärzte — noch füllt heute jeder nach seiner Methode —, daß der Nachbehandelnde mit dem Weiterbestande des Entzündungsprozesses rechnen muß und auch tatsächlich rechnet.

Nicht anders liegen auch für die Wurzelbehandlung im Anschluß an Arsenätzung in mindestens 80% der Fälle die Verhältnisse. Die konservierende Zahnheilkunde schuldet uns immer noch die Technik der „aseptischen" Wurzelbehandlung. Sie würde wenigstens beweisen, daß das apicale Paradentium bei vorher nicht infizierten Pulpen bestimmt frei ist von bakterieller Infektion. Solange diese Technik fehlt, wird die vorangegangene Behandlungsinfektion als nicht zu umgehender Übelstand angenommen und die dadurch ausgelöste chronische Entzündung im apicalen Paradentium fast stets als vorliegend gewertet werden dürfen.

Dem trägt ja auch die Praxis Rechnung. Jeder gewissenhafte Nachbehandler eines wurzelvorbehanlten Zahnes erachtet die nochmalige Eröffnung der Kanäle und die Anlegung eines neuen Desinfektionsdepots für seine Pflicht, auch ohne röntgenologischen Nachweis resorptiver Vorgänge im Periapex. Selbst ein negativer Röntgenbefund braucht keineswegs einen aseptischen Kanalzustand zu verbürgen; denn, leider, gibt es die chronische Restpulpitis und die direkte Lokalisierung periapicaler Reizerscheinungen im alveolären Periost. Hierbei fehlen die Bedingungen für einen charakteristischen Röntgenbefund. Es hat sich also mit Recht für den Nachbehandler nochmalige Kontrolle der Wurzelkanäle und Erneuerung des Desinfektionsdepots mit darauffolgendem Apexabschluß als eine Pflichtleistung herausgebildet. Schon jeder wird aber trotz derartiger Sorgfalt einen „akuten Nachschub" im Laufe weiterer Beobachtung, oft selbst kurz nach Beendigung der Behandlung erlebt und aus diesem Grunde die Abkehr des davon betroffenen Patienten sich zuzuschreiben gehabt haben. Kommt ein solcher Fall zu gerichtlicher Entscheidung, so kann der Kollege, wofern dann das Röntgenbild nur ein „Röntgengranulom" zeigt, die Berechtigung seines Vorgehens auch ohne damalige Beanspruchung der Röntgen-

diagnose für sich voll und ganz in Anspruch nehmen unter Berufung auf das allgemein anerkannte Gesetz therapeutischen Handelns in gleichen Fällen. Nur unter Annahme dieser Voraussetzungen verneinte ich eingangs die Verpflichtung zur Röntgenuntersuchung infizierter oder vorbehandelter Zähne.

Aber es kann das Röntgenbild auch etwas anderes zeigen, nämlich eine Radikulärcyste, und dann ändert sich die Sachlage grundsätzlich. Im Gegensatz zu den vorher dargestellten Fällen kann der Kollege hier nicht die Richtigkeit seiner Behandlung geltend machen; denn die rechtzeitige Kenntnis der cystischen Resorption, die mangels klinischer Anhaltspunkte nur röntgenologisch gewonnen werden kann, hätte einen ganz anderen Behandlungsplan zur Folge gehabt.

Wir wissen ja, daß jedes Granulom cystisch entarten und daß die klinische Latenz solcher Cysten jahrelang bestehen kann. Wir wissen ferner, daß nur das Röntgenbild die Frühdiagnose „Cyste" sichert, weiter, daß die Cyste im Gegensatz zum Granulom zwangsläufig die Operation als Behandlung der Wahl verlangt. Hier also liegt jene Notwendigkeit und Verpflichtung zur Anfertigung einer Röntgenaufnahme vor.

Die praktische Folgerung sagt Weski: „Jeder Fall von vorangegangener Wurzelbehandlung, der mehr als ½ Jahr zurückliegt, jede putride Wurzel muß geröntgt werden, und zwar deshalb, um eindeutig das Vorhandensein einer Cyste auszuschließen oder nachzuweisen. Sonst hat er sich einen Kunstfehler im privatrechtlichen Sinne zuschulden kommen lassen und bei dem heutigen Verhältnis der Röntgenologie zur Zahnheilkunde fahrlässig gehandelt."

Heute dürfte nur der Kollege einer Kleinstadt oder Landpraxis mit Erfolg die mangelnde Röntgengelegenheit für sich als Entschuldigung in Anspruch nehmen. Jeden anderen träfe heute bei richterlicher Beurteilung mit Recht der Vorwurf fahrlässigen Handelns. Der Patient überantwortet sich einer Behandlung im festen Vertrauen auf des Arztes Können und Gewissenhaftigkeit. Die Übernahme einer Behandlung, zumal vom Umfange eines kostspieligen Brückenersatzes durch den Zahnarzt bedeutet für den Patienten gleichzeitig die Gewährleistung für ihren Dauererfolg und zwar den vollen Dauererfolg bezüglich der rein technischen Belange, den bedingten auch bezüglich des dabei beanspruchten Gewebes. Der Patient hat also Anspruch auf die gewissenhafteste Durchführung der Vorbehandlung entsprechend dem Stande der Wissenschaft. Das in dieser Richtung unser therapeutisches Können noch unvollkommen ist, erkennt ja der Zahnarzt durch die Eröffnung und nochmalige Desinfektion der vorbehandelten Kanäle ausdrücklich an. Vernachlässigt er dabei das Röntgenbild, so bleibt er vor dem Patienten be-

züglich der zu verlangenden Gewissenhaftigkeit in Verzug; die etwaige cystische Entartung ostitischer Herde entgeht seiner Kenntnis, und so setzt er den Patienten der Möglichkeit ihn schädigender Komplikationen aus, die andernfalls vermeidbar gewesen wären.

Wir haben also vorher etwas übereilt die Frage der Verpflichtung zur Röntgenaufnahme bei periapicalen Herden mit einem „Nein" beantwortet. Die Einbeziehung der Cyste verbreitert den anzulegenden Maßstab soweit, daß aus dem „Nein" ein „Ja" wird.

Wie steht es nun mit anderen Arbeitsgebieten des Zahnarztes? Auch für sie läßt sich die Notwendigkeit der Röntgenaufnahme anwenden. Sie alle einzeln aufzuführen, würde zu weit führen; ich will nur einige charakteristische Fälle besprechen.

Die Frage der Notwendigkeit einer Röntgenaufnahme gewinnt jedoch nirgends gleiche Bedeutung wie auf dem Gebiete der periapicalen Herdostitis. Zwar liegt der Zusammenhang zwischen der körperlichen, ebenso oft auch wirtschaftlichen Schädigung einerseits und der tatsächlich falschen, weil nicht röntgenorientierten Therapie andererseits auch auf anderen Gebieten klar zutage, dem Patienten aber kommt dieser Zusammenhang nur selten zur Wahrnehmung. Daher: wo kein Kläger, da kein Richter! Immerhin sollte aber die Einbuße an Vertrauen von seiten des Patienten, die mindeste Folge falsch orientierter Hilfeleistung, Mahnung genug sein zu möglichst ausgedehnter Beanspruchung der Röntgenologie, ganz abgesehen von der beschämenden Unbefriedigung, die jeder diagnostische und therapeutische Irrtum bei dem betreffenden Kollegen hinterläßt.

Zu dieser Gruppe wenig aktueller Komplikationen gehört das Gebiet der dentalen Neurosen. Gerade hier begegnen wir, sehr zum Schaden des Patienten, oft einem unklaren Tasten von seiten des Praktikers, indes die rechtzeitig eingeleitete Röntgenuntersuchung den Patienten nicht nur auf die einfachste Weise von seinen Schmerzen befreit, im Gegenteil ihm manche Pulpen und Zähne gerettet hätte, von den unnötigen Kosten für Prothesen usw. ganz zu schweigen. Ein die Sachlage beleuchtender Fall, der leicht zu gerichtlichen Konsequenzen geführt hätte, sei hier wiedergegeben:

„Der beruflich sehr in Anspruch genommene Patient wird von heftigen neuralgieformen Schmerzen der rechten Gesichtshälfte geplagt. Der ratlose Hausarzt zieht einen Kassenspezialisten hinzu, der genügend klinische Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Antrumentzündung zu finden glaubt und operative Behandlung für angezeigt hält; doch will er vor dem Eingriff eine etwaige Beteiligung des Zahnsystems für das Zustandekommen der Schmerzen ausschließen. Der herangezogene zahnärztliche Kollege gibt auf Grund klinisch vorgenommener Untersuchung einen negativen Befund ab. Es erfolgt daraufhin Antrumoperation, die

dem Patienten keine Erleichterung, sondern Verschlimmerung des Leidens bringt. Die jetzt angegebene Konzentrierung der Schmerzen in den rechten oberen Molaren — wohl Folge der Operation — gibt Veranlassung zur Entfernung von 3 großen Goldeinlagefüllungen und Pulpenätzung in 876|. Eine auftretende periodontale Reizung am 7| führt den Patienten zu einem anderen zahnärztlichen Kollegen, der sich entschließt, 7| zu extrahieren. Die Schmerzen halten jedoch weiter an und werden jetzt auch in den Zähnen des Unterkiefers lokalisiert. Ätzung der Pulpa von 3| und 5| ist die Folge — wiederum kein Erfolg. Der jetzt in einem Speziallaboratorium erhobene zahnärztliche Röntgenbefund wird negativ beurteilt. In der Tat zeigen die völlig unzureichenden Filmaufnahmen der rechtsseitigen oberen und unteren Molaren und Prämolaren keinen positiven Befund. Darauf wurde mir der Patient zur Untersuchung überwiesen. Neue Röntgenaufnahmen wurden angefertigt. Es zeigte sich am 8| unter einem Goldinlay ein bis zur Pulpa reichender Schatten, also Karies. Ätzung der Pulpa von 8| brachte vollen Erfolg und Heilung des Patienten." (Weski).

Verantwortlich war selbstverständlich der zuerst herangezogene zahnärztliche Kollege. Im Falle gerichtlicher Auseinandersetzung würde hier bestimmt zu ungunsten des betreffenden Kollegen entschieden werden. Der Zusammenhang bestimmter Zahnerkrankungen, insbesondere der Pulpitis mit „Neuralgien" ist wissenschaftlich anerkannte Tatsache; ebenso die Unmöglichkeit, diese dentalen Ursachen, selbst kariöse Herde oft durch klinische Untersuchung festzustellen; ferner die Überlegenheit des Röntgenbildes, das, einwandfreie Technik und diagnostische Schulung vorausgesetzt, die Zusammenhänge stets erkennen läßt; schließlich die tausendfältig erhärtete Tatsache sofortiger Beseitigung aller Beschwerden durch die im Einzelfalle durch das Röntgenbild vorgezeichnete zahnärztliche Behandlung. Für das Gebiet der dentalen Neurose ist also im weitesten Umfange die Notwendigkeit einer Röntgenaufnahme anzuerkennen.

Selbstverständlich hat die Röntgendarstellung auch ihre Grenzen. Hätte im oben besprochenen Neuralgiefall die Füllung im 8| weit nach buccal herübergereicht, so wäre der zwischen ihr und dem Pulpencavum befindliche Kariesherd nicht erkennbar gewesen. Auf die Fälle von negativem Röntgenbefund bei periapicaler Herdostitis habe ich bereits oben hingewiesen. Oft steht er dabei auffälligerweise im Gegensatz zu der Intensität klinischer Erscheinungen; der ganze Prozeß ist dann eben außerhalb der Spongiosa im alveolären Periost zur Entwicklung gekommen und hat keinerlei

Schattendefekte zur Folge. Diese gelegentlichen Versager liegen in anatomischen Eigentümlichkeiten des Einzelfalles begründet. Sie rechtfertigen jedoch niemals — weder wissenschaftlich, noch vor Gericht — eine grundsätzliche Ablehnung der Röntgenuntersuchung. Auch der Röntgenologe, der auf Grund schlechter Aufnahmen oder mangelnder Übung zu einer falschen Diagnose gelangt, kann für die darauf aufgebaute falsche Behandlung bezw. deren weitere Konsequenzen verantwortlich gemacht werden.

Zuletzt noch einige Worte über die Röntgennotwendigkeit für das Paradentosegebiet. Wer sich zur schematischen Einhaltung einer einseitigen Therapie berufen fühlt, der braucht allerdings weder Röntgen- noch andere Diagnostik. Die verschiedenartige Lokalbehandlung der Paradentose im Sinne Oestmanns, die mit den jeweilig leichtesten Methoden auszukommen sucht, kann das Röntgenbild aber nicht entbehren. Wenn also auch hier die Röntgennotwendigkeit anerkannt werden muß, die Röntgenverpflichtung dürfte — heute wenigstens — noch nicht in ihr gefunden werden. Auf diesem Gebiet steht die große Masse der Kollegen den einschlägigen Fragen noch viel zu fern, als daß im Klagefalle die Notwendigkeit einer Röntgenaufnahme mit seinen Folgerungen in Anwendung gebracht werden dürfte. Das Gebiet der Paradentosetherapie berührt jedoch der Praktiker nicht nur bei der systematischen Paradentalsanierung. Ich habe gezeigt, wie, abgesehen von der Karies der Hartsubstanzen, sich jede Behandlungstätigkeit des Zahnarztes im Gewebsbereich des Paradentiums abspielt; die Extraktion erwies sich als nichts anderes als ein Riß durch den paradentalen Gewebskomplex, die orthodontischen Maßnahmen als zielgerichteter Paradentalumbau, bei dem die eigentlich wirksame Kraft der zu regulierende Zahn selbst ist. Auch die Wurzelbehandlung läuft schließlich auf den Heilversuch einer paradentalen Wunde hinaus. Im weitesten Umfange endich fordert jede prothetische Behandlung, soweit sie noch vorhandene Zähne zu berücksichtigen hat, die Beachtung paradental-hygienischer und -prophylaktischer Gesichtspunkte. Diese letzte Forderung kann jedoch ohne Überblick über die Belange, welche die systematische Paradentosebehandlung umgreifen, niemals erfüllt werden. Gerade der mangelnde klinische Blick für die im einzelnen Fall voriegenden patho-anatomischen Verhältnisse verweist den Zahnarzt auf ausgiebige Anwendung der Röntgenuntersuchung. Oft werden einzelne schon von Paradentose betroffene Zähne für prothetische Zwecke herangezogen, ohne daß vorher ihre Verwendungsberechtigung geprüft wäre; die Bedeutung des Röntgenbildes hierfür, das die Sachlage auch dem weniger Geschulten eindeutig erklären würde, wird noch lange nicht genügend

gewürdigt. — Um nur ein Beispiel zu nennen: untere Molaren können völlige Kaufestigkeit des paradentalen Bereichs einer Wurzel zeigen, während gleichzeitig bei der anderen Wurzel eine bis in den Fundus der Alveole hinunterreichende Vertikalatrophie, eine unterminierende Caverne oder weit vorgeschrittene Spitzenresorption vorliegen, Prozesse, die nur röntgenologisch aufgedeckt werden können. Bei Kenntnis dieser Veränderungen dürfte wohl kein Kollege die prothetische Verwendung solcher Molaren verantworten können. Also die Notwendigkeit und damit die Verpflichtung zur Anfertigung einer Röntgenaufnahme liegt auch für die Erkrankung des marginalen Paradentiums vor.

Wie schon oben erwähnt, ist die Notwendigkeit der Röntgenaufnahme für den Zahnarzt unbedingt gegeben und deshalb als selbstverständlich zu betrachten bei größeren entzündlichen Krankheitsherden, vor Operationen — z. B. vor Wurzelspitzenresektionen —, bei Retentionen, vor Extraktion eines Weisheitszahnes, bei gewissen Anomalien der Zahnzahl, der Zahnform, der Zahnstellung, bei Verdacht auf Tumoren und bei den meisten Frakturen — sowohl bei den Kiefer-, als auch bei vielen Zahnfrakturen —. Häufig erleben wir es, daß nach Fraktur eines Zahnes, besonders eines Molaren, Wurzeln im Kiefer zurückgelassen werden, die bei etwaiger Nichtentfernung die unangenehmsten Folgen für den Patienten zeitigen können. Auch nur bei dem geringsten Verdacht, daß bei einer Extraktion ein Wurzelrest zurückgelassen wurde, muß vom Zahnarzt eine Röntgenaufnahme angefertigt werden, damit er sich einwandfrei davon überzeugen kann, ob sämtliche Wurzeln entfernt sind, oder er andernfalls an Hand des Röntgenbildes die entsprechenden Maßnahmen zur endgültigen Entfernung der zurückgebliebenen Wurzelreste treffen kann. Auch hier wird also das Unterlassen einer Röntgendurchleuchtung bei gerichtlicher Entscheidung dem Zahnarzt meist als fahrlässiges Handeln ausgelegt, und er für den entstandenen Schaden haftpflichtig gemacht werden.

In den letzten Jahren haben zu dem Thema „Röntgenzwang" Professoren, Röntgenologen, eine zahnärztliche Behörde und endlich Ärzte aus der Praxis Stellung genommen, alle 4 Standpunkte mit verschiedenen Ergebnissen.

Schon vor 20 Jahren hat Weski in einer Sitzung der Berliner zahnärztlichen Gesellschaft die Benutzung eines wurzelvorbehandelten Zahnes als Brückenpfeiler ohne Röntgenuntersuchung als Kunstfehler bezeichnet. In einer neueren Arbeit aus dem Jahre 1928

spricht er von der Notwendigkeit von Röntgenaufnahmen bei allen herdverdächtigen Zähnen und putriden Wurzeln.

Münch erkennt im allgemeinen die Logik der Weski'schen Arbeit an, sagt aber, daß damit noch lange nicht das Problem gelöst sei. Technischer Aufschwung und wirtschaftliche Lage bilden einen zu großen Gegensatz. Die Krankenkassen und die meisten Patienten lehnen eine Röntgenaufnahme ab; viele Zahnärzte besitzen keine Apparate. Was tun? fragt er. Würden wir dem Röntgenzwang folgen, so müßten wir alle diese Patienten zurückweisen.

Auch die Zahnärztekammer äußert sich zur Frage des Röntgenzwanges. Der wesentliche Sinn des Gutachtens besagt: Weskis schroffe Forderung ist einzuschränken, Unterlassung der Röntgenaufnahme ist nicht grundsätzlich als Kunstfehler zu bezeichnen, die Entscheidung ist von Fall zu Fall zu treffen; ihr Urteil läuft aber doch letzten Endes auf die Weskiregel hinaus, sie unterscheidet sich im wesentlichen nur durch eine Verzögerungspolitik, indem sie den Schuldfall erst entscheidet, wenn die Gutachter über den bereits eingetretenen Schadensfall zu Gericht sitzen. Durch das Gutachten der Zahnärztekammer wird weder der gerichtliche, noch der berufsethische Konfliktstoff beseitigt.

Meier betont, daß in sehr vielen Fällen kein Röntgenapparat vorhanden und oft erst durch stundenlange Bahnfahrt zu erreichen sei. Dazu, sagt er, ist die Röntgendiagnostik nicht Prüfungsfach und nicht jeder Kollege imstande, Röntgenbilder zu lesen. Dieser Umstand wird aber von Weski und der Zahnärztekammer nicht berücksichtigt. Er empfiehlt dann dem Gutachter, immer individuelle Maßstäbe anzulegen, da doch viele Lehren in der Zahnheilkunde noch strittig sind. Selbst absichtliche Abweichungen von den üblichen Behandlungsmethoden sind nicht zu verurteilen, wenn der Zahnarzt für sein Handeln stichhaltige Gründe angeben kann. „Ob dieses Streben einen Erfolg hatte, ist an sich bei der Feststellung fahrlässigen Handelns bedeutungslos, sofern nur die ernste wissenschaftliche Überzeugung von der Berechtigung der gewählten Behandlungsart sich vertreten läßt. Nur wenn die Maßnahmen jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehren, wird der Sachverständige berechtigt sein, zu einem „Schuldig" zu gelangen".

Besonders über die Röntgenpflicht bei Brückenersatz schreibt 1930 Kantorowicz. Er führt aus, daß bei Zähnen mit abgestorbener Pulpa unbedingt ein Röntgenbild anzufertigen sei. Wer dies versäume, handle fahrlässig und müsse für vielleicht entstehenden Schaden aufkommen. Denn „der Patient hat das Recht, so behandelt zu werden, wie es erforderlich ist und nicht wie es üblich ist". Er beschreibt einen Fall, daß ein von einem Zahnarzt vorbehandelter Zahn (L. 0.2) von dem beklagten Zahnarzt zur Aufnahme eines Stiftzahnes behandelt wurde. Dabei wurde keine Röntgenaufnahme

angefertigt. Nach fertiger Behandlung traten Beschwerden auf. Operation und Röntgenbild zeigten Perforation und Cyste, die auch von dem Beklagten zu Beginn der Behandlung durch eine Röntgenaufnahme erkannt worden wären und eine andere Therapie gezeigt hätten. Dem Beklagten wurde die Unterlassung der Röntgenaufnahme vor Gericht als Fahrlässigkeit ausgelegt.

Kantorowicz geht auch in einem von Euler auszugsweise veröffentlichten Vortrag auf die Behandlung bei beschränkten Mitteln ein. Seiner Ansicht nach ist der Zahnarzt bei Kassenbehandlung nicht dafür haftbar zu machen, wenn er Erforderliches unterläßt, da sich die Kassen darüber im klaren sein müssen, daß das Erforderliche für eine sachgemäße Behandlung nicht geleistet werden kann, noch geleistet wird.

Misch pflichtet der Ansicht Kantorowicz's über Röntgenzwang durchaus bei. Er sagt: „Für die Straffälligkeit eines zahnärztlichen Kunstfehlers ist ausschließlich die erzeugte Gesundheitsschädigung maßgebend, niemals die bedingte geringere oder höhere materielle Schädigung des Zahnkranken durch die Unkosten des Eingriffs."

Friedrich und Walter Lux setzen sich für die vorsorgende Röntgenaufnahme ein. Das Ideal dieser vorsorgenden Röntgenaufnahme wäre der vollkommene Röntgenstatus beim Zutritt jedes neuen Patienten in die Praxis. Dies wird besonders von amerikanischen Autoren gefordert, um vor der Flut von Entschädigungsansprüchen sicher zu sein. Denn die Patienten werden immer den zuletzt behandelnden Zahnarzt für irgendwelche, vielleicht schon lange zurückliegenden Arbeiten verantwortlich machen. Man soll daher, wenn der Patient wirtschaftlich in der Lage ist, wenigstens die pulpentoten Zähne, bevor man mit irgendwelcher Behandlung beginnt, röntgen.

Röntgenpflicht bei Schädelverletzungen.

Da das Gebiet der Heilkunde zu groß und umfangreich ist, um für deren sämtliche Möglichkeiten die Röntgenpflicht nachzuweisen, will ich meine Ausführungen dahin beschränken, die Bedeutung und die Pflicht der Röntgenuntersuchung bei Schädelverletzungen, für die die Röntgenaufnahme heute wohl als wertvollstes diagnostisches Hilfsmittel — wie auf keinem anderen Gebiete der Medizin — allgemein anerkannt wird, näher zu erläutern.

Seit ungefähr 25 Jahren hat in der Diagnostik der Schädeltraumen die röntgenologische Untersuchung Verwendung gefunden, und zwar war es Denks, der Anfang 1910 besonders an kindlichen Schädeln im Röntgenbilde Fissuren und Frakturen ermittelte, die

sonst übersehen worden wären. Noch De Quervain sieht bis vor kurzem im Röntgenbild „lediglich eine willkommene Bestätigung der (klinischen) Diagnose." Dagegen bringen Troell und Holmström in Arbeiten aus den Jahren 1927 und 1928 zum ersten Mal ein großes, röntgenologisch untersuchtes, traumatisches Schädelmaterial. Die beiden schwedischen Autoren stellten bei Untersuchungen an 109 Fällen nach klinischen Symptomen 7 mal die Diagnose Fract. baseos cranii und 6 mal die Diagnose Fract. thecae cranii. Röntgenologisch wiesen sie jedoch bei diesen Fällen 46 mal Frakturen nach.

Wie bei allen anderen Frakturen erfolgte die Diagnose der Schädelbrüche bis zur Einführung der Röntgenuntersuchung naturgemäß ausschließlich aus rein klinischen Symptomen. Allerdings wurden wesentlich mehr Fehldiagnosen gestellt, als bei anderen Frakturen, denn die rein klinische Diagnosestellung ist am Schädel besonders schwierig. Fast alle direkten Symptome der Frakturlehre versagen. Es gibt in der Regel keine Krepitation, keine abnorme Beweglichkeit, keine Functio laesa des Knochens. Der Bruchschmerz versagt auch bei der digitalen Untersuchung, weil die „Beule" selbst auch ohne Fraktur druckschmerzhaft ist. Ebenso steht es mit den Symptomen der Nachbarschaft. Das äußere Hämatom der Gegend der Augenlider kommt gerade bei Sport häufig ohne Knochenläsion vor (Boxsport). Auch die Blutung aus Nase, Mund und Ohr, sowie in den Konjunktivalraum kann ohne Beteiligung des Knochens erfolgen.

Es gibt am Schädel, abgesehen von Eindellungen und komplizierten Frakturen, überhaupt nur ein sicheres Fraktursymptom: Den Abfluß von Liquor aus Nase, Ohr oder Rachen. Statistisch ist aber festgestellt worden, daß die Frakturen mit Liquorabfluß mindestens über 60% Sterblichkeit bieten.

Noch zweifelhafter ist der Versuch, Schädelknochentraumen etwa aus den neurologischen Symptomen, also etwa aus der Schwere der Bewußtseinsstörung etc., diagnostizieren zu wollen. Diese Verwendung neurologischer Hilfsmittel wird wohl meist abgelehnt, denn es sind schon schwere komatöse Zustände nach Kopftraumen auch ohne jede Knochenverletzung beobachtet. Umgekehrt gibt es Frakturen auch ohne die geringste neurologische Schädigung.

Aus all diesen Gründen wird heute das Röntgenbild als wichtigstes diagnostisches Entscheidungsmittel angesehen.

Bei Frischverletzten kann die in jedem Fall vorgenommene Schädelaufnahme ein positives oder ein negatives Resultat ergeben. Ist das Resultat negativ, d. h. finden sich am Schädel keine Anzeichen einer Fraktur oder Fissur, so beweist dies zunächst nur das Fehlen einer Konvexitätsfraktur. Eine Basisfraktur kann trotzdem vorliegen und muß nach den bekannten Symptomen rein klinisch diagnosti-

ziert werden. Wie schon bemerkt, kann man bei starkem Verdacht auf eine Basisfraktur die Prädilektionsstellen noch durch Spezialaufnahmen besonders vornehmen und dann hier häufig noch ein positives Röntgenresultat erzielen.

An sich beweist das völlige Fehlen einer Knochenverletzung nichts gegen die Schwere der Gehirnverletzung. Tödliche „Commotionen" kommen ja ohne Fraktur, umgekehrt kommen Frakturen ohne stärkere Gehirnerscheinungen vor. Prognostisch gibt das Fehlen von Frakturlinien auch bei sorgfältigster Röntgentechnik nur eine gewisse Sicherheit gegen das Auftreten der Meningitis, die ja nur auf Verletzungen des knöchernen Schädels zu folgen pflegt.

Ist das Resultat positiv, so beweist dies — wie oben bemerkt — noch nichts für die Schwere der Gehirnschädigung oder eine schlechtere Prognose. Im Gegenteil können röntgenologisch deutliche Fissuren des Schädeldachs mit überraschend geringen, ja sogar völlig fehlenden Hirnsymptomen verquickt sein. Die Prognose der meisten dieser Fälle ist günstig. Anders liegen die Verhältnisse, wenn das Röntgenbild eine kombinierte Dach- und Basisfraktur zeigt, also pathologisch-anathomisch auf eine Verletzung hinweist, bei der der Schädel über die Basis hinweg nach dem Dach zu gesprungen ist. Diese Fälle sind meist von schweren Symptomen der Hirnbasis begleitet und enthalten außerdem die Vorbedingungen einer Meningitis, insbesondere, wenn die Bruchlinie durch Keilbeinzellen oder Felsenbein verläuft. Hier ist das Röntgenbild eine Mahnung zur äußersten Vorsicht bei der Behandlung und vor allen Dingen zu einer vielwöchentlichen Ruhelage im Bett.

Von noch gröberen Röntgenbefunden ist vor allem die Impressionsfraktur zu berücksichtigen. Obwohl diese Fraktur meist schon klinisch feststellbar ist, gibt doch ein gutes Röntgenbild weitgehende Einzelheiten der Knochenspliterung, bei guter Technik sogar der Interna-Splitter. Hierdurch ist das Röntgenbild heute unerläßliche Vorbedingung vor der primären Wund- und Knochensäuberung bei der Impressionsfraktur.

Für die Beurteilung der Spätfolgen ist der Wert des Röntgenbildes aus dem eben Dargelegten zu entnehmen. Röntgenbilder, monate- oder jahrelang nach der Verletzung haben immer ein negatives Resultat, es sei denn, daß eine schwere Deformierung des Schädels stattgefunden hat. Einfache Fissurlinien aber sind kaum je wieder zu diagnostizieren. Dagegen ist aber auch für die Beurteilung der Spätfolgen das primäre, d. h. unmittelbar nach der Verletzung aufgenommene Röntgenbild oft von großer Bedeutung. Obwohl ein negativer Befund nicht gegen die Schwere der primären Hirnverletzung spricht, beweist ein positiver Befund doch wenigstens eine schwere Schädelverletzung an sich und ist stark unterstützend für die Glaubhaftigkeit der Anamnese.

Schon der Gedanke an eine spätere Unfallbegutachtung sollte den Arzt in jedem einzelnen Falle veranlassen, ein Röntgenbild zu machen. Schück betont, daß die wichtigsten Unterlagen für die Unfallbegutachtung von Schädeltraumen durch eine exacte Diagnosenstellung des erstbehandelnden Arztes gegeben werden. Da bei der Nachuntersuchung nach Monaten und Jahren gewöhnlich objektive Veränderungen überhaupt nicht nachweisbar sind, die subjektiven Klagen des Unfallverletzten aber die bekannten Fehlerquellen bieten, ist selbstverständlich eine objektive Feststellung über den Zustand des knöchernen Schädels von ausschlaggebender Bedeutung. Man wird bei der Nachuntersuchung meist eher geneigt sein, einem Patienten noch nach Jahren Beschwerden zu glauben, wenn das primäre Röntgenbild eine Frakturlinie ergeben hat; denn wenn auch diese Fraktur, wie oben gesagt wurde, an sich nichts über die Schwere der Gehirnverletzung sagt, so beweist sie doch mindestens, daß eine ernsthafte Gewalteinwirkung gegen den Schädel stattgefunden hat. Schon diese Feststellung ist für die Beurteilung eines Verletzten wichtig, da bei der übergroßen Zahl der Rentenneurotiker die Gefahr eines Irrtums bei der späteren Begutachtung außerordentlich groß ist.

In den obigen Ausführungen ist dargelegt, wie die Röntgenaufnahme bei der Diagnose der Schädelverletzungen ein unentbehrliches Hilfsmittel darstellt. Unterlassen einer Röntgendurchleuchtung stellt heute wohl in den meisten Fällen eine Fahrlässigkeit dar, und der Arzt wird bei gerichtlicher Entscheidung stets haftpflichtig gemacht werden, wenn er nicht die ernste wissenschaftliche Überzeugung von der Berechtigung der gewählten Behandlungsart vertreten kann.

Einige Fälle, die die Haftung des Arztes bei Unterlassen einer Röntgendurchleuchtung in gerichtlicher Entscheidung darlegen, seien zum Schluß meiner Ausführungen wiedergegeben.

Reichsgerichtsentscheidung — Urteil vom 28. März 1930.

Der Tatbestand war folgender: Die Klägerin hatte am 1. Juli 1926 in W. beim Turnen einen Unfall erlitten. Sie begab sich zum Arzt (Beklagten), der im rechten Knie eine Blutung erkannte und die Diagnose auf „Verstauchung" stellte. Bei einer Röntgendurchleuchtung würde der Arzt erkannt haben, daß tatsächlich nicht eine Verstauchung, sondern ein Bruch des Schienbeines vorlag. Der Bruch wurde erst am 1. November 1926 anläßlich einer Durchleuchtung im Krankenhaus von W. erkannt. Die Folge des späten Erkennens war eine Heilung mit Knorpelbildung und Deformierung des Beines. Eine

daraufhin vorgenommene Operation hatte eine dauernde Versteifung des Beines zur Folge.

Das Landgericht Hamburg erkannte den Schadensersatzanspruch gegen den erstbehandelnden Arzt dem Grunde nach als gerechtfertigt an und zwar mit der Begründung, daß der Bruch bei rechtzeitigem Erkennen und entsprechender Behandlung geheilt worden wäre. Das Hanseatische Oberlandesgericht wies die Klage in der Hauptsache ab. Nach den Sachverständigen-Gutachten könne nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob die Beweglichkeit des Beines der Klägerin erhalten geblieben wäre, wenn die Röntgendurchleuchtung unmittelbar nach dem Unfall vorgenommen worden wäre. Der III. Zivilsenat des Reichsgerichts hat auf die Revision der Klägerin hin das Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an einen anderen Senat des Oberlandesgerichts zurückverwiesen. Die Entscheidungsgründe des Reichsgerichts besagen, daß bei unaufklärbarem Verlauf der mangelhaften Heilung der Arzt nicht beweispflichtig dafür sein kann, daß die Heilung auch bei anderer Behandlung nicht besser verlaufen wäre; vielmehr habe derjenige, der eine Tatsache behaupte, den Beweis dafür in vollem Umfange zu erbringen. Eine andere Beurteilung könne allerdings dann Platz greifen, wenn der Arzt, wie im vorliegenden Falle, die Lücke in der Beweiskette selbst verschuldet habe. Läge eine gleich nach dem Unfall angefertigte Röntgenaufnahme vor, so ließe sich heute sagen, ob aller Voraussicht nach die Heilung gut verlaufen wäre. Weil das Oberlandesgericht diesen Gesichtspunkt rechtsirrigerweise nicht beachtet habe, müsse Zurückverweisung erfolgen.

Ein anderer Fall:

Reichsgerichtsentscheidung vom 3. Mai 1927.

Die Klägerin erlitt am 30. Mai 1922 einen Unfall. Der zugezogene Arzt stellte die Diagnose auf Sehnenzerreißung und Nervenquetschung des rechten Armes und behandelte dementsprechend die Klägerin 6 Monate lang, ohne eine Besserung zu erzielen. Im Mai 1923 ließ sich die Klägerin in der Charité in Berlin untersuchen, wo festgestellt wurde, daß der Arm ausgekugelt war und jetzt nicht mehr wiederhergestellt werden konnte. Der inzwischen verstorbene Ehemann der Klägerin nahm nunmehr den Arzt auf Erstattung der ihm entstandenen Heilungskosten sowie der Aufwendungen für eine Hilfe im Haushalt in Anspruch und verlangte Feststellung der Verpflichtung des Arztes zum Ersatze allen weiteren noch entstehenden Schadens, weil die Gebrauchsunfähigkeit des Armes seiner Frau auf die fahrlässige und falsche Behandlung des Beklagten zurückzuführen sei. — Das Landgericht Frankfurt a. O. gab dem Klageanspruch

statt, dagegen erkannte das Kammergericht zu Berlin auf Abweisung der Klage. Auf die Revision der Klägerin, die nach dem Tode ihres Ehemannes den Rechtsstreit fortsetzt, hat jetzt das Reichsgericht das Urteil des Kammergerichts aufgehoben und die Sache zur weiteren Verhandlung und Entscheidung an das Kammergericht zurückverwiesen, mit folgenden Entscheidungsgründen:

Das Kammergericht stellt fest, daß die Klägerin bei dem Unfall eine Verrenkung der rechten Schulter und einen Bruch des großen Oberarmknochens, der anscheinend in das Schultergelenk hineingehe, davongetragen hat. Der Beklagte nahm an, daß die Klägerin eine starke Zerrung der Gelenkbänder, sowie eine Zerrung und Quetschung der Oberarmnerven erlitten habe. Damit hat er eine falsche Diagnose gestellt und deshalb die zur Wiederherstellung des Armes gebotene Einrenkung nicht vorgenommen. Bei einem Befunde der vorliegenden Art ist es nach dem Gutachten des Geheimrats Prof. Dr. Bier selbst dem geübtesten Chirurgen häufig unmöglich, ohne Röntgenbild die richtige Diagnose zu stellen. Auf Grund dieser Äußerung des Sachverständigen nimmt das K.G. an, daß den Beklagten nicht der Vorwurf der Fahrlässigkeit trifft, wenn er den wahren Sachverhalt nicht erkannt hat. Gegen diese Annahme ist rechtlich nichts einzuwenden. Weiterhin ist die Annahme des K.G. nicht zu beanstanden, daß dem Beklagten ein schuldhafter Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Wissenschaft insofern nicht zur Last falle, als er nicht innerhalb der ersten fünf Wochen nach dem Unfall eine Untersuchung des verletzten Armes an der Hand chirurgischer Jahrbücher vorgenommen oder auf Zuziehung eines Facharztes bestanden habe. Denn nach dem Sachverständigengutachten bestand für den Beklagten nur dann Anlaß, an seiner Diagnose zu zweifeln, wenn in dieser Zeit eine Eckigkeit des Schultergelenks oder eine Abmagerung des Deltamuskels zu Tage getreten wäre. Das ist jedoch nicht bewiesen. Im übrigen verneint das K.G. den ursächlichen Zusammenhang zwischen einem etwaigen Kunstfehler, den der Beklagte in der Zeit nach dem Verstreichen von fünf Wochen begangen und der Aufhebung der Gebrauchsfähigkeit des Armes nicht mehr geglückt sein würde. Insoweit kann die Klägerin ihren Anspruch auf ein schuldhaftes Verhalten des Beklagten nicht stützen. Trotzdem konnte aber das angefochtene Urteil nicht aufrecht erhalten werden. Denn das K.G. hat unterlassen, erschöpfend auf das weitere als beweiskräftig erachtete Gutachten des Sachverständigen einzugehen, das hervorhob, der Beklagte hätte sofort nach der Verletzung ein Röntgenbild anfertigen lassen müssen, alsdann wäre die richtige Diagnose gestellt und bei sofortiger Einrenkung des Armes aller Wahrscheinlichkeit nach ein leidlicher Erfolg erzielt werden. Zwar spricht der Sachverständige in einem Nachtragsgutachten aus, daß die Ansicht, die Unterlassung einer rechtzeitigen

Röntgenaufnahme bei schweren Verletzungen sei ein Kunstfehler, nicht allgemein geteilt werde; doch hat das K.G. zu dieser Frage nicht ausreichend Stellung genommen. In neuer Verhandlung ist außerdem zu beachten, daß der Schaden, den die Klägerin geltend macht, auch die Nachteile einschließt, die sich daraus ergeben, daß nicht schon nach dem Verlauf von fünf Wochen nach dem Unfall zur Operation geschritten und damit die für die Wartung der Klägerin nötige Hilfskraft nicht früher entbehrlich und der Mehraufwand dafür vermieden wurde. Den letzten Schaden würde der Beklagte zu vertreten haben, wenn er verpflichtet war, nach Sichtbarwerden des Muskelschwundes auf die Zuziehung eines Facharztes oder eine Röntgenaufnahme hinzuwirken, und wenn er es durch die Versäumung dieser Pflicht verschuldet hätte, daß die notwendige blutige Operation nicht früher erkannt und in die Wege geleitet wurde.

Über einen dritten Fall berichtet endlich Ebermayer:

Ein Kranker hatte beim Besteigen der Straßenbahn einen Unfall erlitten, ohne Röntgenuntersuchung stellte der Arzt einen Schenkelbruch fest und behandelte dementsprechend; in Wirklichkeit lag aber eine Hüftverrenkung vor. Das Bein blieb verkürzt, die Bewegungsfreiheit beschränkt. Der Ersatzanspruch wurde anerkannt. Das K.G. sagt: Der Kranke kann verlangen, daß der Arzt alle, auch entfernte Verletzungsmöglichkeiten erwägt und die modernsten Mittel anwendet, die zur Verfügung stehen. Ein Röntgenbild hätte die Verletzung alsbald festgestellt. Daß der Arzt ein solches nicht herstellte, war ein, wenn auch geringes Verschulden. Auch ein solches genügt zur Begründung der Schadensersatzpflicht.

Schlußwort.

Das Gesetz kennt keinen Paragraphen, in dem genau festgelegt ist, daß das Unterlassen einer Röntgenaufnahme in jedem Falle strafbar ist. Aus den vorstehenden Darlegungen können wir die forensische Bedeutung der Unterlassung von Röntgenaufnahmen entnehmen. Wenn nicht schuldhaft gegen allgemein anerkannte Lehren verstoßen ist, wenn nicht gerade Nachlässigkeiten nachzuweisen sind, dann wird es oft schwer sein, wirkliche Fehler zu behaupten und den Arzt hierfür verantwortlich zu machen. Selbst absichtliche Abweichungen von den sonst üblichen Behandlungsmethoden rechtfertigen an sich nicht die Annahme einer Fahrlässigkeit, sofern der Arzt für sein Verhalten stichhaltige Gründe anzugeben vermag, die sein Bestreben, dem Kranken unter Berücksichtigung

der jeweiligen tatsächlichen Verhältnisse zu helfen, zu rechtfertigen geeignet sind. Ob dieses Streben einen Erfolg hatte, ist an sich bei der Feststellung fahrlässigen Handelns bedeutungslos, sofern nur die ernste wissenschaftliche Überzeugung von der Berechtigung der gewählten Behandlungsart sich vertreten läßt. Nur wenn die Maßnahmen jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehren, wird der Sachverständige berechtigt sein, zu einem „Schuldig" zu gelangen. Die Pflicht jeder offiziellen Stelle ist, so wissenschaftlich und gewissenhaft wie möglich zu erscheinen. Da das Unterlassen einer Röntgenaufnahme meist wissenschaftlich nicht zu rechtfertigen ist, wird man vergeblich einen Gutachter suchen, der die Undurchführbarkeit einer Röntgenaufnahme als entlastendes Moment bescheinigt. Wo bliebe dann auch das Recht auf Gesundheit, wenn dem Arzte die Ausrede gelten sollte, er wäre zur richtigen Durchführung des Heilplanes leider nicht in der Lage gewesen. Die angeführten Reichsgerichtsentscheidungen zeigen, wie heute, bei der großen Bedeutung der Röntgendurchleuchtung auf fast jedem Gebiete der Heilkunde und Zahnheilkunde Nichtanfertigung von Röntgenaufnahmen den Arzt haftpflichtig macht und dieser auch wohl in den meisten Fällen vom Richter hierfür haftpflichtig gemacht wird.

Literaturverzeichnis.

Beling: Grundzüge des Strafrechts, 1925.

Ebermayer, L.: Der Arzt im Recht, 1930.

— Rechtsfragen aus der zahnärztlichen Praxis, aus: Die Fortschritte der Zahnheilkunde, Misch. Bd. I, 1. Teil.

Euler: Klinische Diagnostik und Röntgenzwang in der Zahnheilkunde. D.Z.W. 1932, Heft 8.

Kantorowicz: Röntgenpflicht bei Brückenersatz. Z.R. 1930, Heft 20.

Kaufmann: Sind zahnärztliche Röntgenaufnahmen notwendig? Z.R. 1931, Heft 41.

Knapp: Weniger Röntgenbilder. Z.f.Stom. 1932, Heft 11.

Kohn: Dissertation, Berlin 1930.

Kürer: Weniger Röntgenbilder. Z.f.Stom. 1932, Heft 12.

Linke: Röntgenpflicht. Z.R. 1930, Heft 31.

Lux, Friedrich u. Walter: Die Wichtigkeit „vorsorgender" Röntgenaufnahmen in forensischer Beziehung. Korr.Bl. f. Zahnärzte 1930, Heft 6.

Misch: Forensische Zahnheilkunde.

Meier: Wann ist die Unterlassung einer zahnärztlichen Röntgenaufnahme ein Kunstfehler? Z.R. 1929, Heft 31.

Münch: Was tun? Z.M. 1928, Heft 18.

— Das Dilemma der Röntgenpflicht. Z.R. 1930, Heft 26.

Schück: Wandlungen in Diagnose und Prognostik der Schädel-Gehirnverletzungen (Med. Klinik Nr. 7 1930).

Schüller: Röntgendiagnostik des Kopfes. (Schittenhelm, Lehrbuch der Röntgendiagnostik. S. 171).

Vogel: Dissertation, Heidelberg 1930.

Vogt: Dissertation, Bonn 1933.

Weski: Das Röntgenbild als diagnostisches Hilfsmittel für eine zweckmäßige Wurzelbehandlung. Z.R. 1920, Heft 25.

— Wann ist die Unterlassung einer zahnärztlichen Röntgenaufnahme ein Kunstfehler? Z.M. 1928, Heft 6.

Juristische Wochenschrift 1932, Heft45/46.

Reichsgerichtsentscheidungen vom 3. Mai 1927 und vom 28. März 1930.

Lebenslauf.

Ich wurde am 10. Dezember 1911 als Sohn des Prokuristen August Becker in Bielefeld geboren. Nach 4jährigem Besuch der Vorschule in Bielefeld trat ich Ostern 1922 in das dortige Realgymnasium ein und bestand 1931 die Reifeprüfung. Ich wandte mich dem Studium der Zahnheilkunde zu und besuchte die Universitäten Marburg, Rostock und München. In Marburg bestand ich am 12. August 1932 die zahnärztliche Vorprüfung und erlangte in München am 4. Dezember 1934 die zahnärztliche Approbation.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Hoffmeister für die Überlassung der Arbeit und seine freundliche Unterstützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.